J. 3513
III-15.28
280

PARALISIILE OCULARE IN URMA RACHIANESTESIEI

DE

Medicul General Dr. M. ST. BUTOIANU
Șeful Spitalului și al Serviciului
și
Medicul Căpitan Dr. C. STOIAN
Secundarul Serv. I Chirurgical

BIBLIOTECA UNIVERSITĂȚII IAȘI
REÎNREGISTRAT
25 JUL 1949
Biblioteca Universității Iași
220/924

EXTRAS DIN REVISTA SANITARĂ MILITARĂ
No. 9—10

CARTEA MEDICALA

c. 785

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Proprietatea Bibliotecii
Universității Iași
III - 15.280
25 MAI 1950
Biblioteca Universității
R - 3513
BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

924

BIBLIOTECA UNIVERSITĂȚII IAȘI

SPITALUL MILITAR „REGINA ELISABETA"
SERVICIUL I CHIRURGICAL

PARALISIILE OCULARE IN URMA RACHIANESTESIEI

DE

Medicul General Dr. M. St. Butoianu și **Medicul Căpitan Dr. C. Stoian**
Șeful Spitalului și al Serviciului — Secundarul Serv. I Chirurgical

Printre accidentele rachianestesiei mai mult sau mai puțin tardive trebuie să menționăm paralisiile nervilor cranieni, care constituesc accidente în deajuns de serioase ce impresionează, nu atât pe medici, cât mai cu deosebire pe suferinzi.

Dintre paralisiile nervilor cranieni cele mai frequente care se întâlnesc sunt acelea a nervilor oculomotori pe când ceilalți nervi sunt atinși numai excepțional.

Istoric. Cercetând bibliografia găsim că prima paralisie oculară consecutivă unei rachianestesii a fost observată de către *Curt Adam*, în Decembrie 1905, publicată însă la începutul anului următor. Această paralisie fu datorită *stovainei* și afectă nervul oculo motor extern stâng. Dela această dată semnalăm în Germania în cursul anului 1906, comunicări și publicări de numeroase cazuri de paralizie oculară de către: *Löser, Röder, Hermes, Deetz, Becker, Landou, Mühsam, Lang, Baisch, Rauscher*, unele datorită după alipină, altele cocainei dar cele mai frequente după *stovaină* și *novocaină*.

In Franța primul caz de paralisie oculară a fost observat de *Blanluet* și *Caron*, după o rachianestesie cu stovaină în 1907.

In Germania în cursul anului 1907 găsim pe *Lindenstein, Wolf, Alivin Ach* cari citează cazuri de paralisie a oculo-motorilor ca accidente în urma rachianestesiei.

Tot în anul 1907 la noi în țară *Parhon* și *Goldștein* semnalează cazuri analoage de asemenea accidente oculare portrachianestesice.

In cursul anului 1908 găsim numai pe *C. Gottermann*, că citează asemenea paralizii a nervului oculo-motor extern după

tropococaină, *Schaepens* observă o paralizie a celei de a VI-a pereche craniană după o rachicocainisare în 1909.

Până la 1911 găsim în literatură numai 6 cazuri publicate de *Ricchi* şi *Hohmeyer*, după novocaină şi stovaină. Tot în 1911 *Wendell Reber* din Filadelfia publică alte 5 cazuri de paralizii oculare după stovaină şi tropococaină. Deasemenea în 1911 mai găsim că *Franke* mai publică un asemenea caz de paralizie oculară.

In anul următor 1912 *Arton B. de Saint-Agnise* comunică de asemenea un caz analog de paralizie oculară.

In cursul anului 1913 nu găsim citat nici un caz.

Batrina în 1914 citează un caz de paralizie oculară. Tot în cursul aceluiaş an *Terrien* şi *Prélat* publică în „Arhives d'ophtalmogie" un caz de paralizie a nervului oculo-motor extern drept, însoţită de surditate complectă bilaterală după rachistovainisare.

Dela această dată şi până în prezent nu găsim citate decât două cazuri observate de *Monthus* şi *Drécourt*, publicate în —„Revue générale d'ophtalmologie", 1922 Sept.—*Terrien* comunică trei cazuri la Academia de Medicină din Paris 19 Decemb. 1922. *Légrouge* si *Pesne* publică în August 1922 în „Archives d'ophtalmologie" un caz de paralizie oculo-motor extern drept şi anisocurie prin miosis de aceeaşi parte după rachianestesie.

Găsim în cursul anului 1923 o lucrare a lui *Terrien*. Les accidents oculaires tardifs dela rachianesthesie, publicată în No. 6, 7 şi 10 Febr. Tom. XXXXII, în „Buletin Médical de Paris". *Bretagne* şi *Ch. Mathieu*, comunică un caz la Societatea de Medicină din Nancy April. 1923, de paralisia motorului ocular extern drept după rachinovocainisare, prima observaţie înregistrată la Nancy. Mai întâlnim iarăşi o observaţie de paralisie oculară în „Journal de Chirurgie" No. 3 din 1923 a lui Terrien. Găsim citată între accidentele tardive postrachianestesice, o observaţie de paralizie celei de a VI-a pereche în lucrarea „Sur la Rachianestesie par Ouard-Jean-Soleard din Journal de chirurgie" din August 1923, după o rachistovainisare.

La noi găsim chestiunea pusă la punct în lucrarea inaugurală tesa d-lui *N. I. Grigorescu* „Paraliziile nervilor oculomotori în urma rachianestesiei". Sunt redate patru observaţii, din care în două găsim atins nervul oculo-motor extern stâng, în una lesat dreptul intern şi în una pateticul. Aceste patru observaţii de altmintreli au fost comunicate de d-l Prof. D. Manolescu la „Societatea Română de Oftalmologie" în şedinţa din 7 Martie 1923; cu care ocazie d-l Dr. A. Löbel pretinde

că ar fi observat şi d-sa două cazuri de paralizii a abductorului după rachianestesie.

Frequenţă după natura anestesicului. Aceste paralizii oculare au fost observate după procentul ce-l dau în ordinea frequentei: stovaina, novocaina, cocaina, tropococaina şi în urmă de tot alipina.

Accidentele acestea în deajuns de grave sunt în raport invers cu puterea de tocsicitate a alcaloidului injectat.

Dacă ne aruncăm o privire retrospectivă asupra istoricului rachianistesiei constatăm că toţi chirurgii au evoluat în întrebuinţarea anestesicului celui mai puţin toxic.

Este ştiut astă-zi că întrebuinţarea cocainei este aproape universal părăsită ca rachianestisic şi înlocuită cu alcaloizii: stovaina, novocaina, sincaina, etc., care sunt mai puţin toxice. Dacă se întâlnesc mai frequent în casuistica accidentelor rachianestesiei cu stovaina ori novocaina, aceasta se datoreşte întrebuinţării lor pe o scară mai întinsă în chirurgie. Prima datorită profesorului Toma Ionescu căreia asociindu-i stricnina iar acum în urmă cafeina a redus accidentele aproape cu totul mărindu-i în acelaş timp şi durata anestesiantă.

Făcând procentul, găsim că la un număr de 48 accidente consecutiv rachianestesiei, avem 29 sau 69% cazuri datorite stovainei — 9 stovainei cu adrenalina iar 24 stovaină pură — 11 sau 21% au fost produse de novocaină—7 cazuri în care a fost novocaina pură iar 4 novocaină cu adrenalină —, 2 după rachianestesie cu tropococaină, 1 caz după rachianestesie cu cocaină şi 1 după alipină.

Pentru a nu se încrimina doza prea mare, de anestesie, dosele întrebuinţate au fost: de 4 — 12 ctgr. pentru stovaină simplă în mediu 6 ctgr. pentru stovaină cu adrenalină dosele întrebuinţate au fost între 12 — 15 ctgr. pentru tropococaină 6 — 6.25 ctgr. pentru cocaină 3 ctgr. iar pentru alipină 7.5 ctgr.

Frequenţa. După ultima lucrare a lui *Terrien* conchide că paraliziile oculare se întâlnesc una la 200 — 250 rachianestesii la care mai adaugă că multe din ele nu au fost publicate deci s'ar întâlni şi sub 200, părere ce nouă ni se pare exagerată.

Controlând şi statisticele altora găsim pe *Bonnefoy* care susţine cam tot la fel ca Terrien o paralezie oculară la 250 rachianestesii. *Wendell Reber* le consideră mult mai rare cam 1:500 rachianestesii. *Hofmeyer* socoteşte cam tot acelaş procent de 1:500 *Alwin Ach* la 400 rachianestesii semnalează 4 cazuri deci un procent de 1%. *Lindenstein* la 500 de rachianestesii ne dă 3 paralezii oculare prin urmare 0.60%. *Hăuber* şi *Sonnenburg* 1:150 rachianestesii. *Olsner* pe un total de 875 rachianestesii remarcă 3 paralezii oculare adică nu

procent de 0.34 %. *Bretagne* şi *Ch. Mathieu* declară la comunicarea cazului lor de paralizie oculară că e primul caz ce se întâlneşte la Nancy.

Noi admitem un procent cu mult mai redus de oarece acesta e primul caz ce l'am înregistrat la numărul mare de rachianestesii ce l'am practicat ce trece de 10.000.

Ţinem să declarăm că rachianestesia este procedeul curent obişnuit în serviciu, procedeu de anestesie ce l'am întrebuinţat atât înainte de campanie cât şi în timpul campaniei pe o scară foarte întinsă şi îl întrebuinţăm şi azi curent în serviciul nostru.

Controlând ca să putem precisa procentul în raport cu ceilalţi confraţi dela noi nu găsim comunicate în ţară decât 4 cazuri de paralizii oculare în urma rachianistesiei şi cu al nostru ar fi al 5-a deci un procent cu totul redus care mai mici că se poate calcula nu la sută nici la mia de rachianistesii.

Pentru noi paralisiile oculare sunt o raritate.

Nervii atinşi. *După Wilbrand şi Saennger* care concihd că paraliziile oculare în urma rachianestesiei interesează aproape exclusiv *nervul oculo-motor extern. Terrien* care în Franţa s'a ocupat mult de accidentele postrachianestisice ajunge la acelaş rezultat menţionând că nervul oculo-motor extern e atins şi că e prins aproape întotdeauna si unilateral. *Bonnfoy* să exprimă că paralizia interesează de regulă muşchii extrinseci drepţi şi dintre aceştia mai frequent dreptul extern la ochiul stâng şi că e unilaterală.

Din 70 de paralizii oculare ce le-am cercetat, găsim 64 interesează *nervul oculo-motor extern,* dintre acestea 57 sunt unilaterale iar 7 bilaterale, 3 *motorul ocular comun* una bilaterală citată de *Mangozinni,* o alta unilaterală şi asóciată cu paralizia oculo-motor extern de aceeaşi parte dar ultima parţială — *Prof. Manolescu* — interesând filelul muşchiului drept intern al ochiului stâng vin în urmă 3 paralizii ale *pateticului Löser, Manolescu* şi *Butoianu-Stoian.*

Alcaloizii-anestesici-rachianistesii pot provoca paralizia tutulor nervilor muşchilor ocul-motori extrinseci, aceste paralizii ating foarte rar pateticul 3 cazuri am găsit până acum cu al nostru 2.90 %, ceva mai frequent nervul oculo-motor comun 4.56 % fie în totalitate sau numai în parţial iar aproape în general nervul oculo-motor extern 92.54 % şi anume 88.70 % unilateral şi 11.30 %. bilateral.

Mai putem adăuga după cum conchide şi Terrien că paraliziile unilaterale din stânga sunt aproape aproximativ de 2 ori mai frequente ca cele din dreapta.

Evoluţia. *Terrien* care posedă cel mai mare număr de ob-

servaţii de accidente oculare postrachianestesice să pronunţă cum că paraliziile apar relativ tânziu şi cam în a II-a săptămână după operaţie în ziua a VII-a sau a VIII-a. *Bonnefoy*, conchide că paraliziile oculare provocate de rachianestesie apar dela a IV-a sau a V-a zi dela operaţie. *B. Brosse* le-a găsit între a IV—XIII-azi dela operaţie. *Franke* le-a observat apărând dela a IV—XIV-a zi de operaţie. *Mühsam* le-a găsit între a IV şi a XX-a zi dela operaţie.

Din cele 4 observaţii care le redă în teză D-l N. Grigorescu găsim că în 2 cazuri paralizia a fost între III-a—V-a zi şi în altele 2 la finele săptămânei a II-a în ziua XIII şi XVI-a.

Din controlul şi examenul celor 70 observaţii am ajuns la concluzia că paraliziile oculare apar cel mai de vreme cam la a IV-a zi dela operaţie până la XXI-a cele mai frequente le-am întâlnit după a VII-a—XII-a dela rachianistesie—66%—; rar accidentele s'au produs între a III-a—VII-a după rachianistesie şi cele mai rar după a XX-a zi, ca procent ar reveni 9%.

Paraliziile oculare sunt precedate totdeauna de fenomene subiective premergătoare stabilirei paraliziei, de care se plânge bolnavul înainte de a-i apărea tulburări în vedere. Aceste tulburări oculare ca *diplopia* să stabilesc treptat şi numai arareori brusc şi atunci când pacientul se coboară din pat-Chaput, Röderer.

Printre fenomenele subiective cel mai des întâlnit este *cefaleea* care apare cu câte-va zile, ba uneori cu câte-va ore — când e bruscă — înaintea diplopiei.

Cefaleea îmbracă diferite forme, fie că e totală şi intensă sau intermitentă, ce dispare prin schimbarea posiţiei cum s'a remarcat în cazul lui Landou că dispărea cu schimbarea în poziţie orizontală, — uneori se ameliorează prin luare de diferite atitudini. — Se localizează, cefaleea, ori în regiunea frontală sau în occipitală, în jumătate de cap sau chiar în cască. Cert este că durează şi nu dispare niciodată înainte de apariţia paraliziei.

Rareori cefaleea se întâlneşte singură ci însoţită de greţuri, vărsături. agitaţii etc. dar greaţa întovărăşită de vărsături e cea mai frequentă.

In cazul nostru până la stabilirea paralizei am atribuit: greaţa, vărsăturile, cefaleea, *opiumului* căci uzam de el prescriindu-l ca medicament constipant pacientului, care fusese operat pentru hemoroizi.

Să mai citează *agitaţii* ce fac pe bolnavi să-şi desfacă sau rupă pansamentul, insomnii, rachialgii, paresa pleoapei superioare, a sfincterului pupilar, migrenă, durere orbitară, delir

etc., fenomene ce se amendează cu apariţia paraliziei oculare şi dispar cu încetarea acestei paralizii.

Odată cu stabilirea paraliziei oculare să mai constată şi alte accidente dintre care unele tot paralitice. *Mingazzinni* constată la bolnavul său cu paralizie bilaterală a motorilor oculari comuni şi *paresa vălului palatului*, a *orbicularului pleoapei* şi *muschilor maseteri*. Cazul lui *Blanluet* şi *Caron* a păstrat după operaţie timp de 5 ore o anestesie complectă a gambei drepte. *Vosius* observă pe lângă paralizia abductorului stâng şi paresa gambei de aceeaşi parte. *Terrien şi Prélat* citează pe lângă paralizia abductorului drept, surditate complectă la dreapta şi incomplectă la stânga ce a apărut şi dispărut odată cu paralizia oculară.

De remarcat că leziuni din partea fundului ochiului nu am găsit citate la nici un caz după rachianestesie.

Paraliziile oculare, după expresia lui Terrien, *sunt rar absolute, cele mai adeseori este vorba de o paresă decât o adevărată paralizie.*

Durata. Asupra duratei paraliziilor oculare toţi sunt de aceeaşi părere că cele bilaterale sunt mai rebele. Terrien susţine că durata este variabilă şi niciodată mai puţin de câte-va săptămâni, că trebue chiar luni până a ajunge la restitutio ad integrum. *Bonnefoy*, declară că paraliziile oculare au o durată de 3 săptămâni şi rar depăşesc acest timp ajungând la 2—3 luni. *Lang*, dă observaţia unui caz de paralizie oculară ce nu s'a vindecat.

Din cercetările noastre deducem că paraliziile unilaterale neînsoţite de alte paralizii craniene sau rachidiene să vindecă în majoritatea lor în primele 30 zile dela declararea paraliziei, foarte rari cazuri au depăşit de 30 zile dar nu au trecut niciodată 60 zile. Paraliziile oculare bilaterale se vindecă cu mult mai greu, le trebuie timp de 2—3 luni.

Cazurile de paralizii oculare întovărăşite şi de alte accidente postrachianestesice au o durată mai lungă ajungând până la 6—8 luni.

Etiologie. Din etiologia paraliziilor oculare ca şi a nervilor cranieni în general, producerea acestor accidente oculare rezultă că anestesicul—alcaloidul—este singurul vinovat.

Cercetând literatura găsim că pe lângă alcaloidul în cauză să mai încriminează de unii autori ca *H. Wilbrandt* şi *A. Saenger*, starea individului cât şi o cauză predisposantă. Tot aceşti autori merg mai departe şi susţin că se produc cazuri de paralizii oculare numai după o simplă puncţie lombară citând cazul lui Wolf, unde s'a declarat paralizia oculo-motor

extern după cinci zile dela înțepătură și vindecată dela sine după 12 săptămâni.

Acești autori declară, că au observat chiar după o puncție lombară făcută de unul din ei apărând o paralizie a mușchiului drept extern în a V-a zi dela puncție și disparând după 10 săptămâni. Wilbrand mai citează paralizie bilaterală a motorilor oculari externi după o simplă puncție la un sifilitic cu R. W. intens positiv în 3 rânduri. Lagrange și Pesne publică de asemenea un caz de paralizie oculară la un sifilitic după rachianestesie.

După toate acestea ar reeși că paraliziile oculare nu s'ar putea ști dacă sunt datorite puncției, sifilisului, unei cauze predisposante sau poate chiar dacă nu vre-o combinație a tuturor acestora.

Pentru noi din cercetările întreprinse ne-am format convingerea că marele vinovat în producerea paraliziilor oculare rămâne anestesicul.

Patogenie. Asupra producerei paraliziilor oculare ca și asupra paraliziei altor nervi cranieni, în general, găsim o sumedenie de teorii, ceeace denotă că nici una nu-i în deajuns de edificatoare, spre a rămânea *stabilă*, excluzând pe restul dintre ele.

Le vom enumăra pe toate câte le-am găsit spre a se constata că unele au luat naștere din explicația numai a câte unui singur caz aparte, survenit întâmplător în susținerea teoriei ce a emis-o autorul.

1. *Acțiunea toxică directă. Bonnefoy* în tesa sa susține că paraliziile oculare ar fi vorba de o acțiune directă toxică a anestesicului — Stovaina — fie asupra nucleului, fie asupra fasciculilor radiculare ale nervului. Simptomele clinice pledând pentru acțiunea directă asupra fașciculilor radiculare ale nervului, deci o *nevrită radiculară toxică.*

Bonnier este de părere că paralizia oculara este datorită în totul acțiunei toxice directe a anestesicului injectat în torentul lichidului cefalo-rachidian.

Mühsam, admite aceeași părere ca și Bonnefoy bazându-se pe analogia ce există între aceste paralizii oculare și paraliziile difterice din pricina asemănărei în perioada de incubație ce se găsește în ambele cazuri.

Blanluet și Caron, combat această părere argumentând că cele mai multe paralizii toxice sau toxi infecțioase sunt în general bilaterale și nu unilaterale, ca în cazurile de paralizii oculare postrachianestesice.

Goldschwendt bazat pe cercetările lui Heinricke și Läwen că diluția anestesicului făcându-se după câte-va ore uneori chiar zile în regiunea superioară a canalului rachidian și ca-

vitatea craniană, deduce că accidentele ca paralizia oculară se instalează treptat cu acţiunea alcaloidului.

Alţi autori între care găsim pe *Wendel Reber* incriminează nu anestesicul în sine ci subprodusul lui care ar influenţa asupra centrilor nervoşi provocând paralizia oculară.

Alwin Ach admite acţiunea toxică directă a anestesicului că exercitează asupra nervului şi nu asupra nucleului, prin urmare fibra nervoasă este aceea ce sufere îmbibând anestesicul prin simpatia ce o poartă când există vreo predilecţie sau fiind scăldat de lichidul ce poartă substanţă anestesiantă. In susţinerea acestei păreri a lui Ach avem: *a)* că dacă nucleii ar fi atinşi atunci am avea acei nuclei mai voluminoşi loviţi mai frequent, *b)* predilecţia anestesicului numai pentru anumiţi nervi. Astfel *Hertz* declară că stovaina are o deosebită simpatie şi afinitate pentru a paraliza cea de a VI-a pereche.

Teoria aceasta a acţiunei toxice directe a anestesicului nu poate să susţină accidentele tardive oculare post anestezice din ziua a XX-a sau şi mai târziu dela apariţie, dată până la care tot mai pot apărea paraliziile oculare.

2) *Reacţia meningee.* Această teorie este susţinută şi apărată mult de *Terrien.* Ea ar explica producerea accidentelor oculare prin determinarea simptoamelor meningiene ce se observă aproape întotdeauna înaintea apariţiei paraliziei. Ştim că orice reacţie meningee se traduce clinice̦şte prin cefalee mai mult sau mai puţin intensă, uneori foarte tenace, greţuri însoţite de vărsături, constipaţie, modificări ale pulsului: ca încetineală, semnul lui Kernig etc. iar obiectiv limfocitoză şi polinucleoză.

Réclus, admitea această teorie şi în apărarea ei comunică la Societatea de Chirurgie din Paris un bolnav care după o injecţie cu 0.02 ctgr. cocaină prezintă un simptom meningeal complect care după 13 zile a dispărut complect.

Toţi cei cari susţin această teorie o pun pe socoteala exudatului ce se formează şi care resorbându-se liberează nervii înainte de a se stabili o leziune definitivă.

Natura reacţiunei meningiei poate fi de ordin toxic după cum pretinde Terrien, fiind datorită numai substanţei întrebuinţate. Sub acţiunea anestesicului — alcaloid — să produce un proces lent şi progresiv de iritare a piamaterului, o leptomeningită congestivă — Sicard şi Salin — ce dă naştere la exudate mai mult sau mai puţin importante ce se resorb în timp. Prin urmare această reacţie este resultanta unui proces lent patalogic care îşi are origina în iritarea meningilor prin prezenţa substanţei injectate având-uşi evoluţia sa progresivă ce durează şi după dispariţia agentului provocator.

3) *Teoria hemoragică.* Această teorie este susţinută mai

mult de autorii germani cari atribue paraliziile oculare hemoragiilor miliare în nuclei—*Smurlo*—sau intradurală— *Wolf*— consecutiv tulburării produse în presiunea sanguină de lichidul injectat. *Solmonsohn* e de părere de altmintreli ca şi *Lösser*, că sub influenţa ipertensiunei momentane rezultând din injecţie s'ar produce hemoragii nucleare interesând centrul bulbar. *Baisch*, susţine că în producerea acestor paralizii oculare e vorba de un ictus apoplectiv.

Autorii francezi în cap cu Terrien nu admit această teorie şi o combat prin următoarele argumente: *a)* paraliziile oculare apar după câte-va zile după dânsul 8, după ceilalţi 4 cel puţin, dela operaţie, pe când ar trebui să stabilească imediat consecutiv tulburării în presiunea sanguină de oarece lichidul injectat să resoarbă repede ipertensiunea determinată fiind transitorie; *b)* paraliziile ar trebui să aibă o durată mai lungă şi să rămână cele mai adeseori definitive.

4) *Teoria sifilitică.* Pentru că în literatură se găsesc câteva cazuri de turburări oculare ce s'au înregistrat, întâmplător să se nimerească la sifilitici mulţi autori Lagrange şi Pesne deduc că aceste accidente s'ar datori sifilisului. Ce se poate încrimina sifilisului este că formează o predispoziţie, o cauză adjuvantă pentru producerea paraliziei iar anestesicul rămânând adevărata cauză. Chaput admite tocmai contrariul şi susţine teorie sifilitică exprimându-se că sifilisul este acţionat prin stovaină. D-l prof. *Toma Ionescu* admite *sifilisul* în determinarea paraliziilor şi tuturor accidentelor post-rachianestesice, de oarece a găsit în 2/3 din cazuri reacţia W. pozitivă.

După *Laperssonne*, un sifilitic este susceptibil de a reacţiona mai uşor la rachianestesie.

5. *Teoria turburărilor vaso-motorii.* Această teorie este isvorâtă prin o analogie ce o trage *P. Merle* şi *Frogé*, dintr'o observaţie în care după o puncţie lombară exploratrice s'a instalat o paralizie a ambilor oculo-motori externi după 6 zile dela puncţie şi durând 8 zile. Aceşti doi autori să întreabă dacă această paralizie ca şi cele survenite după rachianestesie nu s'ar putea explica prin tulburări vaso-motorii analoage cu cele din migrena oftalmică sau din paralizia recidivantă din perechea a VI-a.

In sprijinul acestei teorii *P. Merle şi Frogé*, aduc următoarele observaţii:

a) Paralizia abductorului insoţind paralizia perechei a III-a în timpul unui acces de migrenă oftalmică.

b) Paralizia recidivantă a abductorului însoţind o migrenă menstruală.

c) Paralizia per. a III-a fără migrenă.

d) Paralizia periodică a abductorului provocată prin accesele de febră recurentă.

S'ar deduce din aceste observaţii că paraliziile post-rachianestesice sunt forme particulare de migrenă oftalmică datorite turburărilor vaso-motorii provocate de rachianestesie pe terenuri artitice.

In observaţiile cercetate nu am remarcat nici într'un caz vreun simptom artitic.

Afară de aceasta nu se cunoaşte astăzi sigur care e patogenia migrenei în cât nu o putem pune sigur pe turburările vaso-motorii.

6. *Teoria labirintică.* Bonnier, consideră paraliziile oculare ca o acţiune reflexă plecată din papila labirintică care venind în contact direct cu lichidul cefalo-rachidian ar suferi acţiunea deleteră a toxicului. *Bonnier* a observat că iritările labirintice se însoţesc frequent de o paralizie a perechei a VI-a, paralisie foarte des întâlnită în afecţiunele urechei interne.

Schaepens, insistă asupra strânsei legături ce se găseşte între nucleul oculo-motor extern şi nucleul lui Deiters. Cazul ce l'a observat cu paralizia bilaterală a abductorilor o deduce din o tulburare a oculo-motor extern de origină labirintică consecutivă prezenţei stovainei în lichidul cefalorachidian ce scaldă aparatul ampular prin intermediul aqueductului culbecului.

Parhon şi Goldştein, par a admite această teorie de oare-ce cazul lor prezinta ameţeli ce dânşii le socoteau de provenienţă labirintică.

7. *Teoria albuminurică.* Susţinută pentru unele cazuri de Chaput ce pleca dela ideia, că albuminuria sau nefrita cu ipertensiune sunt clienţii hemoragiilor centrilor nervoşi. Aduce în susţinerea teoriei sale observaţia lui Blanluet şi Caron, care presenta o nefrită cronică cu sgomot de galop la care se produce accidente oculare in urma unei rachianestesii.

Diagnostic. Până nu se stabilesc definitiv simptomele de paralizii a muşchilor extrinseci a ochiului cât şi turburări ca diplopiea, etc., ce le acuză bolnavul, punem toate fenomenele subiective ce le acuză bolnavul pe socoteala fie a accidentelor uşoare post rachianestesice sau a medicaţiunei prescrise ca tratament post operator,—cum a fost şi în cazul nostru,— ori pe seama tuberculozei, sifilisului, artritrism, nefrită, etc. Tot tatonând facem investigaţii pentru a putea afla cauza şi îndepărta răul prin cunoaşterea ei.

Odată ce s'a declarat paralizia, cu tot cortegiul de turburări şi în vedere, diagnosticul să impune dintr'odată pentru un cunoscător a chestiunei paraliziilor oculare în urma rachianestesiei.

Prognostic. In ce priveşte prognosticul paraliziilor oculare

ne putem pronunţa afirmând, că în marea majoritate este benign. Devine mai întunecat în cazurile când se întâlneşte pe o cauză predisposantă a individului. Luate în ordine este cu atât mai serios cu cât paraliziile oculare se vor găsi pe un *sifilitic*, *nefretic*, *albuminuric*, *tuberculos* sau *artritic*.

Prognosticul este mai grav şi de temut în paraliziile bilaterale decât în cele unilaterale, cu totul grave când se mai întovărăşeşte şi de alte accidente paralitice extra-oculare a altor nervi cranieni sau uneori chiar rachidieni.

Aproape toate cazurile de paralizie se vindecă. In literatură nu se cunoaşte decât un singur caz nevindecat — cazul lui Lang.

Tratament. *Terrien* admiţând că paraliziile oculare să întâlnesc foarte des la sifilitici, recomandă tratamentul anti-sifilitic.

După concepţia lui Terrien se recomandă a se cerceta anamneza pacientnlui în urma anchetei căpătate şi a examenelor practicate a aplica tratamentul apropiat.

Chaput, *Hertz* şi mulţi alţii preconizează tratament paliativ, ca evacuarea de lichid cefalorachidian; recomanda extragerea ca un tratament preventiv şi curativ.

Chaput, mai sfătueşte tratamentul simptomatic, combătând rând pe rând fie-care simptom.

Evacuarea de lichid cefalor-achidian de 10—20 ctgr. nu ameliorează fenomenele subiective dar nici nu influenţează de loc asupra paraliziei.

Se mai recomandă injecţiile cu stricnină, fie subcutane sau intrarachidiene dar mai mult ca tratament care să influenţeze psihicul pacientului.

Mulţi autori — în deosebi în Germania — recomandă tratamentul de curenţi electrici, dar s'a ajuns la convingerea că nu dau nici un rezultat neinfluenţând întru nimic asupra paraliziei. Dăm observaţia clinică a bolnavului nostru:

Observaţia clinică. — Elevul orfan I. I. districtul Gorj, Comuna Bodeni, actualmente elev ultimul 'an cl. VIII-a, etate 18 ani. Intrat la 22 Mai 1923. Eşit la 12 Iunie 1923.

Pacientul cere direcţiei şcolei să fie trimes la Spital pentru a fi operat de hemoragii puternice în urma defecaţiunii şi apariţia unei tumorete dureroase pe marginea dreaptă a orificiului anal.

Antecedente heredo-colaterale. Tatăl mort în timpul campaniei, Mama trăeşte cam suferindă, fraţii sănătoşi.

Antecedente personale. N'a suferit de turburări gastro-intestinale în prima copilărie, nu poate preciza dacă a suferit de vre-o altă maladie infecţioasă afară de pojar. Declară că să ştie sănătos.

Istoric. Pacientul ne declară prin luna Ianuarie a. c. că a observat în urma unei constipaţii de 2 zile în timpul unui scaun a simţit o usturime ca un fel de arsuri în momentul eliminării bolului fecal iar în urmă o puternică hemoragie anală, puţin timp dela această dată i-a apărut o tumoretă ca o alună pe marginea dreaptă anală dureroasă la cea mai uşoară atingere împedecându-l de a sta în pupitru în poziţie

șezândă cu coapsele apropiate și drept ci mai mult pe o fesă. Din pricina durerilor, hemoragiilor cât și a tumoretei cari îi produceau mari nemulțumiri și o slăbire a întregului organism nealimentându-se pentru a avea evacuări cât mai rare, să decide pentru operație.

Stare prezentă. Statură înaltă, sistemul osos bine desvoltat neprezentând nici o diformație, tegumentele nu prezintă urme de cicatrice.

Bolnavul prezintă mucoasele anemiate afară de mucoasa anală ce e congestionată de culoare violacée. Pe marginea dreaptă a orificiului anal se găsește o tumoretă de mărimea unei alune proeminentă în afară, foarte dureroasă la atingere. Examinată această tumoretă prezintă în spre lumenul anusului o mică soluție de continuitate prin care se prelinge un sânge roș închis.

La tușeul rectal nu se constată nici o dilatație varicoasă în interior. Prostata normală.

Pacientul acuză dureri mari în momentul defecației însoțite de hemoragii puternice din cauza acestor dureri a luat groază de acest act fisiologic având-ul la 3—4 zile.

Prin examenul organelor genitale constatăm o ușoară dilatație a pachetelor venoase a testiculului stâng.

Operația. Purgativ în ajunul zilei fixate pentru operație clismă în dimineața zilei făcându-i-se totodată și tualeta regiunei de operat.

Cu câte-va zile înainte de operație băi calde și supositorii cu adrenalină și crisarobină pentru a combate starea de congestie anală și perianală.

26/VI/923. Injecție cu 0.02 ctgr. morfină cu 1 oră înainte de a începe actul operator.

Anestesie rachidiană: Novocaină 0.12 ctgr. în 2 c. c. ser fiziologic.
Adrenalină VI gulte.

Puncția între a 1-a și a 2-a lombară. Tensiunea lichidului cefalorachidian mijlocie. Anestesie perfectă cu un silențium operator admirabil.

Să resecă porțiunea de mucoasă rectală — jumătatea dreaptă — ce prezintă varicosități odată cu bureletul ce prolabează la exterior prin procedeul Marion-Réclus.

Pansament cu vaselină cu colargol 10% și tub de dren. Se prescrie pilule cu Extract tebaic 0.02 ctgr.
Excipient q. s. p. o pilulă.
fs. No. XXX Ds. 4—5 pe zi.

Zilele de 26, 27, 28, 29 și 30 Mai, pacientul nostru n'a înregistrat nici un accident după operație deci și după rachianestesie simțindu-se bine și voios.

In noaptea de 30 spre 31 Mai a suferit de insomnie și a înregistrat o ușoară durere de cap ce s'a accentuat spre ziuă încât la ora de visită se plânge de o hemicranie dreaptă.

31/V/923. Acuză hemicranie dreaptă, greață însoțită de vărsături, e foarte agitat.

1/VI/923. Agitat, insomnie, greață și vărsături, durerea de cap s'a accentuat în ochiul drept. Se suprimă pilulele de opium bănuind că poate toate aceste fenome între cari greața însoțită de vărsături s'ar datora medicamentelor, acumulări de opium.

2/VI/923. Pacientul declară că vede dublu ori-ce obiect, ce i se prezintă. Se constată un ușor strabesin cu o slabă ptosă a pleoapei superioare. Irisul reacționează bine la lumină și acomodație, însă globul ocular nu poate urmări toate mișcările degetului. Se diagnosticează paralisia mușchiului marelui oblic al ochiului drept.

Pentru complectarea și confirmarea diagnosticului nostru de diplopie datorită paraliziei pateticului ca accident consecutiv rachianistesiei să trimete bolnavul la serviciul oftalmologic căruia i se cere a examina și fundul ochiului drept.

4/VI/923. *Serviciul oftalmologic.* Examinat la ochi prezintă: OD miop, VO gr. 1/6 iar cu 1,50 V O D = 1,paralisia marelui oblic drept, caracterizată prin diplopie, imaginea falşă e oblică în jos şi în afară, depărtându-se la dreapta. OS normal V O S=1.

(ss) Med. Lt. Col. **Dr. V. Popovici**

5/VI/923. Pentru complectarea examenului se face examenul urinei cantitativ şi calitativ, care e normal, urina nepresentând nici urme de albumină.

Se trimete bolnavul la Laboratorul de Bacteriologie pentru a se face reacţia Bordet-Wasserman.

Ca paliativ îi prescrim injecţii cu stricnină subcutan de 0.001 mgr.

7/VI/923. Puncţia rachidiană dă lichid cefalo-rachidian limpede, tensiune ca şi înainte de rachianistesie, formula leucocitieră normală.

Redăm mai jos simptomele subiective, aşa cum le-a înregistrat însuşi pacientul.

„La 5 zile pline după operaţie am simţit o durere în jumătatea dreaptă a capului. Am început să văd toate obiectele dublu dela a VII-a zi. In acest interval de timp dela operaţie dureri de cap, am fost foarte agitat, nu pot să dorm, mi-am desfăcut pansamentul fără să-mi dau socoteală, tot în acest timp am suferit grozav de greaţă, vărsături şi tresărituri prin membre.

De când am început a vedea dublu, obiectul privit numai cu ochiul drept, îl văd nu tocmai clar. In anumite posiţii ţinând capul văd un singur obiect, învârtind capul la stânga se mai desprinde un obiect, care fuge spre dreapta pe măsură ce duc capul în partea opusă, stânga. Cu cât obiectul este mai departe cu atât distanţa dintre obiectele văzute dublu este mai mare, ajunge până la 3m50.

10/VI/923. Examenul Bordet-Wasserman *negativ.*

12/VI/923. Bolnavul fiind aproape vindecat de operaţia de hemoroizi cere să fie liberat din Spital venind din 3 în 3 zile spre a fi urmărit.

25/VI/923. Se prezintă din punct de vedere a paralisiei marelui oblic în aceeaşi stare ca la eşire, fără nici o modificare.

1/X/923. Presintă paresa marelui oblic ochi drept.

* * *

Am dat publicităţii cazul nostru de paralisie a pateticului, pentrucă:

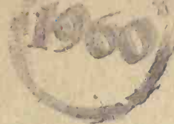
1. Paralisia acestui nerv se găseşte foarte rar, după literatură ar fi al III-lea ce se întâlneşte, în schimb paralisiile dreptului extern, sunt acelea ce se observă mai des.

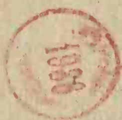
2. In practica noastră chirurgicală pentru prima oară am avut de înregistrat o paralisie de nerv cranian ca accident consecutiv rachianestiei.

3. Pentru noi paralisiile nervilor cranieni sunt mai rare ca acelea al nervilor rachidieni, contrar celor ce am găsit în literatură; deoarece posedăm 3 cazuri de paralisii de nervi rachidieni şi numai un singur caz de paralisie de nerv cranian.

4. Paralisiile oculare în urma rachianestesiei sunt accidente ce se întâlnesc rar, puţin studiate, în cât în tratatele clasice sunt menţionate numai în treacăt şi ca atare puţin cunoscute de medicii practicieni.

BIBLIOTECA UNIVERSITARĂ





BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY
B
Biblioteca
Universității Iași

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY